



COOPERATIVA MULTIACTIVA DE APOORTE Y CRÉDITO - COOMFONELEC
NIT. 890.704.636-5

SOLICITUD AUXILIO FONDO DE SOLIDARIDAD
(Formato Único)

FECHA RADICADO: _____

DATOS DEL ASOCIADO:

_____	_____	_____	_____
Nombres y Apellidos	No. De Identificación	Celular	Fecha de Ingreso

AUXILIO SOLICITADO	DOCUMENTOS SOPORTES
---------------------------	----------------------------

SALUD <input type="checkbox"/>	Orden o Fórmula Médica <input type="checkbox"/> Factura <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---

ODONTOLOGIA <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
---	---

OPTOMETRIA <input type="checkbox"/>	Factura <input type="checkbox"/> Rut <input type="checkbox"/>
--	---

POLIZA EXEQUIAL <input type="checkbox"/>	Certificación <input type="checkbox"/> Recibo de Pago <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Cúal <input type="checkbox"/>
---	--

FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/>	Fotocopia Cédula Asociado y del Fallecido <input type="checkbox"/> Registro Civil de Defunción <input type="checkbox"/> Registro Civil de Nacimiento (Fallecido) <input type="checkbox"/> Acta de Matrimonio <input type="checkbox"/>
---	--

SOLIDARIDAD <input type="checkbox"/>	Incapacidad Igual o Superior a 30 días (enfermedad terminal o catastrófica) <input type="checkbox"/> Incapacidad Igual o Superior a 30 días (accidentes de tránsito) <input type="checkbox"/> Calamidad Doméstica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> cúal <input type="checkbox"/>
---	---

Número de Folios _____

FIRMA DEL ASOCIADO SOLICITANTE

DATOS DE APROBACIÓN

Acta No. _____

Fecha de Acta _____

Aprobado SI NO

Valor aprobado _____

Observaciones _____

Vo. Bo. Comité

Coordinador

Secretario

Vocal